



PREFEITURA DE SÃO SEBASTIÃO – SP
Secretaria Municipal de Saúde



**FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE
MONKEYPOX**

1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: _____

MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: __/__/__

IDADE: _____ RAÇA: _____

CPF: _____

ENDEREÇO: _____

CEP: _____ TELEFONES DE CONTATO: _____

ESCOLARIDADE: _____ NACIONALIDADE: _____

2- SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS:

DATA DO INICIO DOS SINTOMAS: ____ / ____ / ____

() FEBRE () CEFALEIA () MIALGIA () DOR NAS COSTAS () CALAFRIOS

() EXAUSTÃO

() ASTENIA/FRAQUEZA () NÁUSEA/VÔMITO () FOTOSSENSIBILIDADE

() DOR DE GARGANTA

() SUOR/CALAFRIOS () SINAIS HEMORRÉGICOS () ARTRALGIA () ADENOMEGALIA

() ERUPÇÃO CUTÂNEA

DATA DE INICIO: __/__/__

LESÕES:

MÁCULAS: SIM() NÃO () ÚNICA() MULTIPLAS()

PÁPULAS: SIM() NÃO () ÚNICA() MULTIPLAS()

CROSTAS: SIM() NÃO () ÚNICA() MULTIPLAS()

VESÍCULAS: SIM() NÃO () ÚNICA() MULTIPLAS()

LOCAL DA LESÃO: FACE () TRONCO () GENITAL () ANAL () ORAL() OUTROS: _____

_____ PALMA DA MÃO () PLANTA DOS PÉS () MEMBRO SUPERIOR ()

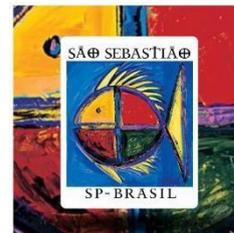
MEMBRO INFERIOR ()

DESCREVER A LOCALIZAÇÃO E CARACTERÍSTICAS DAS LESÕES:



PREFEITURA DE SÃO SEBASTIÃO – SP

Secretaria Municipal de Saúde



OCUPAÇÃO: _____

LOCAL ONDE TRABALHA/ESTUDA: _____

ENDEREÇO: _____

ULTIMO DIA QUE FOI AO TRABALHO/ESCOLA: ____/____/____

3- HISTÓRICO DE DESLOCAMENTOS/CONTATOS:

a) PACIENTE TEM RELATO DE VIAGEM PARA LOCAL COM CASOS? () SIM () NÃO
LOCAL (CITAR TODOS OS LOCAIS):

DATA DA IDA: __/__/__ DATA DO RETORNO: __/__/__

Nº DO VÔO/COMPANHIA AEREA:

b) PACIENTE COM RELATO DE VÍNCULO EPIDEMIOLÓGICO COM PESSOAS COM HISTÓRICO DE VIAGEM PARA PAÍSES COM CASOS ? () SIM () NÃO

NOME DO CONTATO: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

LOCAL PARA ONDE O CONTATO VIAJOU: _____

DATA DA IDA: __/__/__ DATA DO RETORNO: __/__/__

Nº DO VÔO/ COMPANHIA AEREA: _____

ESSE CONTATO APRESENTA SINTOMAS ? () SIM () NÃO

QUE DIA ESTEVE COM ESSE CONTATO? __/__/__



PREFEITURA DE SÃO SEBASTIÃO – SP
Secretaria Municipal de Saúde



c) PACIENTE COM RELATO DE CONTATO COM CASO SUSPEITO, PROVÁVEL OU CONFIRMADO? () SIM () NÃO

NOME DO CONTATO: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

QUE DIA ESTEVE COM ESSE CONTATO? ____/____/____

d) PACIENTE COM RELATO DE CONTATO ÍNTIMO COM DESCONHECIDO/A/S E/OU PARCEIRO/A/S SEXUAIS CASUAL?

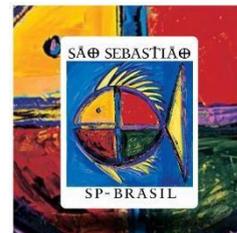
() SIM () NÃO

DATA DO CONTATO: ____/____/____

LOCAL: _____



PREFEITURA DE SÃO SEBASTIÃO – SP
Secretaria Municipal de Saúde



1. LISTA DE CONTATOS:

CONTATOS DOMICILIARES (NO MESMO ENDEREÇO)

NOME	GRAU DE PARENTESCO	IDADE	APRESENTA SINTOMAS? QUAIS	TELEFONE

OUTROS CONTATOS (INCLUIR CONTATOS DE TRABALHO, OUTROS PARCEIROS SEXUAIS)

NOME	GRAU DE PARENTESCO/TIPO DE CONTATO	IDADE	APRESENTA SINTOMAS: QUAIS.	TELEFONE

COMPORTAMENTO SEXUAL: HETERO() HOMOSSEXUAL ()

MULTÍPLOS PARCEIROS: SIM () NÃO ()

2. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

a) O PACIENTE APRESENTA ALGUM CRITÉRIO DE GRAVIDADE? () SIM () NÃO

() 100 LESÕES CUTÂNEAS OU + () SEPSE () HEPATOMEGALIA () INS. RESPIRATÓRIA ()
CONFUSÃO

b) O PACIENTE É DE ALGUM GRUPO DE RISCO? () SIM () NÃO

() CRIANÇA MENOR DE 8 ANOS () GESTANTE () PUÉRPERA
() IMUNOSSUPRIMIDO () CONDIÇÕES SOCIAIS QUE DIFICULTEM O ISOLAMENTO
DOMICILIAR.

COMORBIDADES: IMUNOSSUPRESSÃO : SIM () NÃO ()

HIV: SIM () NÃO ()



PREFEITURA DE SÃO SEBASTIÃO – SP
Secretaria Municipal de Saúde



**3.DESCREVER A CRONOLOGIA DOS SINTOMAS, A PARTIR DA DATA DA CHEGADA AOPAÍS:
(CASO OS SINTOMAS TENHAM INICIADO ANTES DO RETORNO,DETALHAR): _____**

4.MEDIDAS ADOTADAS:_____

COLETA DE MATERIAL PARA DIAGNÓSTICO () SIM () NÃO

MATERIAS COLETADOS:_____

DATA: ____ / ____ / ____

MEDICAÇÃO PRESCRITA:_____

INDICADO INTERNAÇÃO? () SIM () NÃO

DESTINO:_____

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

NOME:_____

PROFISSÃO:_____

CPF: _____

Email:_____

TELEFONE DA INSTITUIÇÃO:_____

CNES:_____

DATA DA NOTIFICAÇÃO: _____ / _____ / _____